

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 71.

FISTULES CUTANÉES

D'ORIGINE BILIAIRE

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1899.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Justin TRILLE

Né le 28 Avril 1873, à Toulouse (Haute-Garonne).

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 71.

FISTULES CUTANÉES

D'ORIGINE BILIAIRE

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1899.

POUR OBTENIR LE GRÂDE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Justin TRILLE

Né le 28 Avril 1873, à Toulouse (Haute-Garonne).

Elève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président* ; M. WEILL, *Assesseur* ;

MM. CONDAMIN et BÉRARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie ce modeste travail

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAUBET

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Professeur de Clinique médicale,
à la Faculté de Médecine de Toulouse.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,

Chevalier de la Légion d'honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Que M. le professeur Poncet veuille bien accepter tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant aujourd'hui notre thèse. Nous aurons toujours le souvenir des précieux enseignements que nous avons retirés de ses savantes leçons.

C'est à M. le professeur agrégé Bérard que revient l'idée première de ce travail. Qu'il soit assuré de notre gratitude pour la grande obligeance avec laquelle il a bien voulu nous guider de ses conseils.

M. le médecin principal Pierrot nous a prodigué en de douloureuses circonstances ses soins dévoués; nous gardons pour lui une profonde reconnaissance.

A nos maîtres civils et militaires, à nos camarades de promotion, à ceux surtout dont la sincère intimité a égayé notre séjour à l'Ecole, merci.

Aux amis des premiers jours dont l'affection pour nous ne s'est jamais démentie, nous renouvelons ici l'assurance de notre profonde amitié.

Nous ne saurions oublier la grande bienveillance que M. le professeur Caubet nous a de tout temps témoignée et les conseils dévoués qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Au moment d'entrer dans une nouvelle carrière, nous avons à cœur de lui offrir l'hommage de notre inaltérable reconnaissance.

INTRODUCTION

Cruveilhier, n'ayant observé dans sa pratique qu'un seul cas de fistule biliaire cutanée, déclarait que c'est là une affection rare, au début d'une étude où il interprétait les observations d'auteurs tels que J.-L. Petit (1743), Grand Claude (1829), Sæmmering et Civiale (1832), Robert (1836). En 1851, Franconneau Dufresne, dans son *Traité de l'affection calculeuse du foie*, consacre un long chapitre aux fistules biliaires externes et rapporte vingt observations. Plus tard, les travaux de Le Guelmel de Lignerolles (1869), le remarquable article de MM. Barth et Besnier, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, enfin la thèse de Chaudron, parue en 1878, apportèrent à l'étude des affections biliaires de précieux documents d'ordre anatomo-pathologique et clinique.

Dans sa thèse d'agrégation (1886), Denucé, rappelant les travaux de J.-M. Charcot, de Murchison (1878) et de Mossé (1880), ajoute douze cas nouveaux aux cent vingt et un cas de fistules biliaires cutanées rapportés par ce dernier. Pour lui, ce genre d'affections est assez fréquent.

Cependant, avec les progrès chirurgicaux de ces dernières années commence une nouvelle période pour le traitement des maladies hépatiques. En 1882, Marion Sims, abouchant la vésicule à la paroi abdominale, crée l'opération de la cholécystotomie et réalise, contre la maladie calculieuse, ce que la nature n'avait fait jusqu'alors que dans un petit nombre de cas heureux. Telles sont les fistules artificielles destinées au drainage du liquide accumulé dans les différentes parties de l'arbre biliaire.

Notre intention est de décrire, non ces fistules temporaires et de courte durée pratiquées par le chirurgien, mais celles qui sont accidentelles ou pathologiques. Au nombre de ces dernières, il faut compter cependant les trajets fistuleux ouverts dans un but thérapeutique, et qui ne se sont point obturés spontanément par suite de la persistance des causes de rétention biliaire qui avaient nécessité leur établissement. Suivant leur origine, nous étudierons d'abord les fistules qui font communiquer avec l'extérieur le réservoir biliaire ou les grands collecteurs extra-hépatiques. Un autre chapitre sera réservé à celles qui prennent naissance au sein de la glande elle-même, par suite d'un processus ulcéreux des ramifications plus élevées parmi les canaux excréteurs de l'organe. Enfin, le diagnostic et le traitement feront l'objet de deux paragraphes spéciaux.

Pendant l'été 1898, M. Bérard, chef de clinique de M. le professeur Poncet, ayant eu l'occasion de suivre

dans son service un cas de fistule biliaire qui lui a paru particulièrement instructif, a attiré notre attention sur cette observation d'où est venue l'idée première de ce travail. Aussi la rapporterons-nous au début de notre thèse.

FISTULES CUTANÉES

D'ORIGINE BILIAIRE

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION ET DISCUSSION

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard.)

Il n'est rien, dans les antécédents héréditaires ou personnels de la malade, qui puisse faire songer à une diathèse. Son père est mort à l'âge de soixante-treize ans d'une attaque d'apoplexie; sa mère a été emportée par une fluxion de poitrine. Elle a quatre frères et une sœur tous bien portants.

Réglée depuis l'âge de quatorze ans, avec quelques légères irrégularités; considérée comme anémique à dix-huit ans, elle n'a cependant jamais été obligée de garder le repos.

Pas de rhumatisme, d'impaludisme ni de syphilis.

Il y a sept ans, sans cause appréciable, la malade éprouvait des douleurs dans le flanc droit; en même temps son teint avait jauni, ses matières fécales étaient décolorées. Rétablie par un repos au lit de trois jours, elle suivit un traitement pendant un an.

Depuis lors, elle était toujours en bonne santé, quoique habituellement constipée.

Il y a trois ans, les digestions deviennent longues et progressivement difficiles, accompagnées de céphalées et de ballonnement de l'estomac. Des vomissements apparaissent pendant huit jours ; ils sont alimentaires et ne contiennent jamais de sang pur ou digéré ; douleurs à la pression sur l'épigastre et spontanées entre les deux épaules ; jamais, et nous insistons sur ce point, elles ne prennent le caractère de douleurs lancinantes ; il n'y a pas de sensation de transfixion à l'épigastre, pas de point douloureux correspondant dans le dos. C'est plutôt une constriction autour de la taille. Ces phénomènes ne sont pas accompagnés de fièvre et la malade peut vaquer à ses occupations. Un régime sévère a raison de ces troubles stomacaux qui disparaissent après quatre mois.

De tout cela, il est resté néanmoins de mauvaises digestions après tout repas abondant, une constipation habituelle, des douleurs fréquentes à la pression et quelquefois spontanées dans la région épigastrique ou hépatique ; tout un ensemble de phénomènes qui peuvent faire songer à la présence de calcul dans les voies biliaires ou à des lésions hépatiques secondaires aux troubles digestifs.

Pendant l'été 1897, ces douleurs vagues se localisent à gauche et la malade s'aperçoit qu'elle a une tumeur très dure au-dessous des fausses côtes du côté gauche, à l'endroit où se trouve actuellement une fistule. Cette tumeur augmente progressivement de volume et la malade peut percevoir bientôt elle-même de la fluctuation ; tout cela sans phénomènes généraux, les signes d'inflammation étant réduits au minimum, la peau elle-même ayant gardé sa coloration normale. Des applications de teinture d'iode, pommades, cataplasmes, provoquent l'ouverture de deux petits orifices par où s'écoule du sang pur. (Il ne semble pas que ces ulcérations aient fait communiquer tout d'abord la poche avec l'extérieur.) Un médecin appelé agrandit l'ouverture par une incision. On établit un drainage pendant dix jours environ, puis, pansements simples antiseptiques. Dès ce moment, la fistule donne un pus jaunâtre non en très grande quantité. Il y a dix jours environ, la malade a eu comme une indigestion et pendant deux ou trois jours des vomissements alimentaires ; ces phénomènes furent accompagnés de fris-

sons et de vives douleurs dans le flanc droit avec irradiations dans l'abdomen. La malade dut s'aliter pendant deux jours et prit un ictère généralisé. Pas de céphalée, mais de l'anorexie; constipation presque absolue et décoloration des matières fécales. Les urines diminuées en quantité avaient pris une coloration rouge foncé semblable à celle de la teinture d'iode. Les phénomènes généraux ont été cependant peu accusés.

Au moment de ces accidents, le pus que laisse échapper la fistule a pris une teinte verte très prononcée; il est devenu plus épais, sa quantité a considérablement augmenté, l'écoulement était continu. C'est alors que la malade est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Poncet.

A son entrée, la malade est d'une corpulence assez forte, plutôt obèse; mais elle a une teinte subictérique prononcée des téguments et des conjonctives. Elle ne souffre plus spontanément; les vomissements ont disparu et les défécations sont plus fréquentes.

La fistule siège immédiatement au dessous du rebord des fausses côtes gauches; son grand axe suit à peu près leur direction. Elle est à 10 centimètres d'une verticale qui passerait par l'appendice xiphoïde et à un travers de doigt d'une transversale qui passerait par l'ombilic. Son ouverture est linéaire, de 4 centimètres environ, les bords sont rouges, un peu œdématiés, mais seulement dans la partie avoisinant immédiatement la fistule, légèrement repliés en dedans, invaginés dans l'intérieur, non décollés.

Avec le styfet, on trouve que la fistule devient de suite très étroite. Le conduit communiquant avec la poche présumée n'a guère plus que le diamètre du styfet que l'on introduit.

On recueille à l'orifice une certaine quantité de pus non odorant verdâtre, un peu hématique, et qui donne très nettement la réaction de Gmelin.

La palpation et la percussion du foie le font trouver normal; sa matité n'est pas remontée ni descendue au-dessous des fausses côtes. La vésicule examinée avec soin ne présente rien d'anormal; la palpation de cette région est facile, non douloureuse, on n'y perçoit ni masse indurée, ni tumeur de quelque genre que ce soit,

L'estomac, de volume normal, paraît un peu refoulé à droite. Sur toute cette région épigastrique, l'examen n'est pas facile; outre l'adipose, on a une sensation d'induration sous-jacente de plus en plus marquée à mesure que l'on avance vers l'orifice, très appréciable entre l'appendice xiphoïde et la fistule.

Les urines sont rouges, moins foncées que la première fois, dit la malade; elles présentent un disque vert à la réaction par l'acide azotique; il y a également beaucoup d'urates. Les matières fécales sont décolorées et grisâtres.

Sans rien préjuger du diagnostic, il est certain que derrière la paroi abdominale existe une collection de pus depuis l'accident du mois d'août et sans nul doute les phénomènes actuels sont entretenus par une infection intestinale apportant un obstacle à l'écoulement de la bile.

Pour ces raisons, on décide qu'il y a lieu de faire un débouché plus large et de laver la cavité en réservant une opération plus complète, si possible.

Le 26 septembre, M. Bérard, chef de clinique de M. le professeur Poncet, pratique sur le trajet des fausses côtes une incision oblique qui régularise la fistule et mène sur le conduit étroit qui la suit immédiatement.

Ce trajet aboutit à une poche bilobée, profonde d'environ 10 centimètres; les deux lobes sont placés l'un au-dessus de l'autre et la séparation en est marquée par un éperon: une communication large est établie entre les deux poches par distension avec le doigt.

Pour éviter tout accident, l'examen n'est pas prolongé et on ne recherche pas s'il existe un orifice du côté opposé. Un drainage est établi avec des mèches de gaze iodoformée; l'opération est suivie d'un pansement à plat.

Les suites opératoires sont très simples; l'amélioration générale est la conséquence du mieux local. Le premier pansement, 5 octobre, contient un peu de pus fortement mélangé de bile et de bile presque pure; un peu de sang. Depuis, ce suintement a à peu près disparu; d'autre part, les matières fécales ont repris leur coloration normale.

Il existe toujours un léger suintement purulent à chaque pansement. A signaler un seul accident dans le cours de cette convalescence :

Le 7 novembre, la malade a eu pendant la journée plusieurs frissons qui ont pris fin vers le soir; deux plus marqués à midi et à 5 heures. Le matin du 8 novembre, elle constate que son pansement est traversé, et l'on trouve en effet qu'une certaine quantité de bile est mélangée au pus. Dilatation du trajet au crayon iodoformé et nouveau pansement. Le lendemain, tous ces phénomènes ont disparu.

Le pansement refait deux jours après présente, comme avant l'incident, du pus en petite quantité; ce pus a presque disparu aux pansements suivants. Sur ces entrefaites, la malade demande à sortir, elle est autorisée à s'en aller avec un solide pansement et des conseils pour l'antisepsie de la région fistuleuse.

Le 20 décembre, nous recevons des nouvelles de la malade. La fistule s'oblitére lentement; on peut encore y introduire une sonde à 2 centimètres de profondeur environ; elle donne un très léger écoulement séro-muqueux. La malade peut maintenant se panser elle-même; elle a repris ses occupations. Les phénomènes fébriles n'ont pas reparu ainsi que l'ictère. En somme, très grande amélioration.

DISCUSSION

Étant donné l'histoire de cette malade et la localisation de son abcès, on aurait pu songer à une suppuration d'origine périgastrique; le trajet fistuleux venait en effet s'ouvrir dans l'hypocondre gauche en face de l'estomac et la malade avait accusé, trois ans auparavant, des troubles digestifs avec douleur rappelant celles de l'ulcus. Mais ces troubles furent transitoires; depuis, ils n'ont pas reparu, et, d'autre part, les antécédents de coliques hépatiques, le fait que le trajet fistuleux se prolonge très loin

sous les fausses côtes, dans la direction du lobe gauche du foie, enfin et surtout la constatation, par deux fois, de bile en quantité considérable dans le pansement doivent faire songer à un abcès d'origine biliaire.

On peut songer à une cholécystite ulcéreuse avec péri-cholécystite, qui aurait donné naissance à un phlegmon développé aux abords de la vésicule et ouvert à la paroi abdominale sur un point un peu éloigné de son origine. Pareils faits ne sont pas rares dans les statistiques. Mais le siège de la fistule est contraire à cette hypothèse, et on n'a jamais vu, dans les cas que nous citons tout à l'heure, l'ouverture du trajet se produire guère au delà de la ligne médiane.

S'agit-il donc d'une collection purulente ayant pris naissance autour du cholédoque ulcéré par un calcul ? ou bien faut-il admettre la migration spontanée au dehors d'un abcès biliaire aréolaire formé dans le lobe gauche du foie ? Nous inclinerions plutôt vers cette dernière hypothèse pour les raisons suivantes : la malade a bien eu, il y a dix-sept ans, une crise de coliques hépatiques qui, peut-être, se reproduisirent il y a trois ans, alors qu'elle se plaignait de soi-disant troubles gastriques. Mais, ni dans l'intervalle de ces deux crises, ni plus récemment, sauf dix jours avant son entrée à l'hôpital, elle n'avait présenté de signes de rétention biliaire, savoir : ictère généralisé, décoloration et fétidité des selles, etc., tels qu'on les observe dans l'oblitération complète du cholédoque par un calcul. Or, la tumeur de l'hypocondre gauche qui s'est ouverte plus tard par la fistule, est apparue il y a plus d'un an sans être accompagnée d'aucun de ces signes de rétention biliaire, *sans que la malade ait accusé à*

cette époque aucune douleur, aucun trouble fonctionnel pouvant rappeler un enclavement de calcul dans le cholédoque sans doute.

On a rapporté des observations où des calculs du cholédoque n'oblitéraient pas complètement le conduit et s'accompagnaient d'une distension considérable de celui-ci en amont, laissant entre eux et la paroi du canal un passage suffisant pour la bile. Outre que, dans ces cas, on a très rarement signalé l'absence complète d'ictère, il existait toujours des troubles douloureux vers l'hypocondre droit, et, à l'examen, on percevait un empâtement douloureux dans la région du conduit commun de la bile. Ici, rien de semblable, la collection la seule perceptible siégeait bien profondément dans l'hypocondre gauche, à la limite de l'épigastre dans la région du lobe gauche du foie. D'autre part, il n'y avait pas chez cette femme d'inversion des viscères pouvant faire supposer que la vésicule et le cholédoque se trouvaient à gauche au lieu d'être à droite. Sans doute, huit jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital et quarante jours après son opération, il y eut écoulement considérable de bile par la plaie et décoloration des matières fécales indiquant une oblitération momentanée des voies d'excrétion biliaire, mais à deux reprises différentes la malade n'avait accusé aucune douleur de coliques, tandis qu'elle avait eu des frissons, une élévation de température et des troubles d'infection générale comme on les note dans les cas d'ictère infectieux, avec obturation momentanée du cholédoque à son embouchure, soit par spasme, soit par gonflement inflammatoire de la muqueuse. Ce qui tendrait à le prouver, c'est que, à ces deux reprises, la seule mise au repos des voies biliaires

par élargissement du trajet fistuleux permettant le libre écoulement de la bile, avait suffi pour faire disparaître l'ictère et rendre rapidement à la bile sa voie normale vers l'intestin. Une telle évolution ne se comprendrait pas bien avec un calcul enclavé dans le cholédoque. D'autre part, la collection suppurée ne siégeait pas au voisinage du cholédoque, mais en était très éloignée. Dans toutes les autopsies faites jusqu'ici de suppuration d'origine cholédocienne, toujours on pouvait suivre facilement à travers le tissu inflammatoire le chemin suivi par le pus du canal jusqu'à la paroi. Dans tous les cas, le trajet s'ouvrait, soit dans l'hypocondre droit, soit vers le bord droit de l'épigastre, soit à l'ombilic. C'est pourquoi M. Bérard avait conclu à une suppuration d'origine hépatique et s'était contenté d'intervenir au niveau de la fistule elle-même, plutôt que de se porter par une incision appropriée vers la vésicule ou vers le cholédoque.

CHAPITRE II

DES FISTULES BILIAIRES CUTANÉES

EN GÉNÉRAL

FISTULES BILIAIRES D'ORIGINE EXTRA- HÉPATIQUE

Jusqu'à Murchison, le plus grand nombre d'auteurs attribuent à la lithiase un rôle exclusif dans l'étiologie des fistules biliaires. Cependant J.-M. Charcot, montrant le mode d'action des calculs dans les processus ulcéreux qui peuvent affecter les conduits de la bile, fait à ce sujet de profondes réserves. « Il n'est pas sans intérêt, dit-il, d'ajouter que toutes ces suppurations peuvent se produire, en dehors de la lithiase biliaire, dans tous les cas d'obstruction du canal cholédoque ou hépatique, quelle qu'en soit la cause. » Cette hypothèse, d'ailleurs, a reçu plus tard une démonstration éclatante dans les expériences de MM. Charcot et Gombaud, qui provoquèrent l'ascension de germes infectieux dans l'appareil biliaire et l'apparition de l'angiocholite par ligature du cholédoque. D'autre part, MM. Charrin et Roger¹ ont reproduit expérimentalement la cholécystite et l'angiocholite suppurée chez les animaux à l'aide du *Bacillus coli communis* d'Escherich,

¹ Soc. de Biologie, 21 février 1891.

recueilli dans le foie de sujets morts d'angiocholite infectieuse. MM. Gilbert et Girode¹, poussant plus loin ces expériences, créent à leur tour le groupe des angiocholites et cholécystites typhiques. Enfin, Dupré a isolé le streptocoque, et Naunyn le pneumocoque du pus de cholécystites non calculeuses. Tous ces travaux ont assez démontré le rôle essentiel que joue l'agent microbien dans l'histoire des suppurations biliaires. Quant à l'influence étiologique de l'âge et du sexe, tous les auteurs reconnaissent que les fistules biliaires sont plus fréquentes chez la femme et dans l'âge mûr ou la vieillesse.

En effet, sur un ensemble de vingt-sept observations rapportées par Barth, Besnier et Murchison, où le sexe est indiqué, on trouve dix-neuf femmes et huit hommes, soit deux tiers des cas chez les femmes. En parcourant les statistiques des divers auteurs, il est facile de se convaincre que c'est entre quarante et soixante ans que l'affection a été surtout observée. Parmi les explications nombreuses que l'on a données de ce fait, aucune ne paraît parfaitement évidente. On a incriminé tour à tour l'usage du corset qui produirait une constriction funeste sur le foie, les grossesses successives, la vie sédentaire, le défaut de tonicité du réservoir et des canaux biliaires. Les fistules biliaires, pas plus que la lithiase, ne sont liées à un état diathésique spécial, et on les rencontre chez les tempéraments les plus divers.

En général, l'orifice du trajet fistuleux est unique, assez petit, et siège au-dessus de l'ombilic ; mais la fistule peut aboutir à des orifices multiples. Les bords en sont

¹ *Soc. de Biologie*, 2 décembre 1893.

fongueux, saignant facilement, renversés ou bien durs et calleux ; la peau environnante peut être décollée, le plus souvent elle est épaissie, indurée, érythémateuse. Le trajet est tantôt direct et court, tantôt irrégulier, anfractueux, sinueux, offrant des cavités de dimensions variables dans son cours ; il est compris en partie dans l'épaisseur des parois, en partie au milieu d'adhérences péritonéales, et peut présenter des diverticules.

Le pus qui s'écoule par la fistule est souvent fétide, mais il n'est pas toujours mélangé de bile. Dans quelques trajets anciens ou lorsqu'il y a oblitération du canal cystique, on ne constate qu'un léger écoulement muqueux ou muco-purulent. Ce n'est cependant pas là un signe certain de guérison prochaine, car on a vu maintes fois se rouvrir des fistules n'ayant plus qu'un suintement inappréciable.

D'autres fois, la bile s'écoule à peu près pure et en quantité considérable. On peut alors observer, comme chez les animaux porteurs d'une fistule expérimentale, un amaigrissement et un dépérissement rapides dus aux troubles digestifs consécutifs à l'acholie. Enfin, des calculs peuvent être rejetés à l'extérieur quelquefois en nombre considérable.

Après cette esquisse rapide de l'étiologie et de la symptomatologie générales des fistules biliaires cutanées, examinons les caractères particuliers qu'elles peuvent présenter selon leur origine. La description de Denucé nous a paru incomplète sur ce point. Sans doute *la vésicule* est, dans le plus grand nombre de cas, le point de départ du trajet fistuleux, mais cette source peut exister aussi au niveau des *canaux collecteurs extra-hépatiques*, du *cholédoque* en particulier. Bien plus, les *voies biliaires*

intra-hépatiques donnent un contingent dont la pathogénie, d'un caractère tout particulier, doit donner lieu à une description spéciale.

Les fistules biliaires sont surtout une complication de la lithiase, et les *cholécystites calculeuses* restent au premier rang des accidents qui peuvent leur donner naissance. Dans la majorité des cas, la vésicule est rétractée et présente les caractères de ce que Denucé appelle la *tumeur calculeuse*. Cette rétraction a même servi maintes fois à fixer le diagnostic ; c'est le signe de Courvoisier Terrier. On peut même, dans certains cas de ce genre, percevoir à la palpation, sur le bord externe du muscle droit et le long du bord tranchant du foie, une petite tumeur dure qui donne une sensation de crépitation spéciale due à la présence de calculs dans la vésicule. Pour Denucé, c'est là le résultat d'un processus subinflammatoire qui tend à transformer en tissu fibreux rigide et inextensible, les parois de l'organe souvent même infiltrées de calcaire. Parfois la vésicule est distendue, soit par rétention biliaire due à l'enclavement d'un calcul dans le cholédoque, soit par hypertension catarrhale avec oblitération du canal cystique, ou encore, parce que l'inflammation de la vésicule calculeuse passe au stade aigu et à la suppuration. Ces faits expliquent l'inconstance du signe de Courvoisier Terrier sur lequel, d'ailleurs, nous reviendrons.

Quand la vésicule est rétractée sur des calculs, elle peut adhérer immédiatement à la paroi et le processus ulcéreux produit alors une fistule directe. Mais le plus souvent l'ouverture du cholécyste se fait dans un foyer péritonéal enkysté ou cloaque intermédiaire qui s'ouvre secondaire-

ment à l'extérieur. Lorsqu'il y a surdistension, le contact avec la paroi abdominale est immédiat et la tumeur s'unit à elle par des adhérences inflammatoires. L'ouverture au dehors est, dans l'un et l'autre cas, le résultat de la migration spontanée d'un ou de plusieurs calculs. « Toujours, dit Denucé, elle est précédée d'un phlegmon de la paroi abdominale dont l'évolution est plus ou moins rapide. » Les calculs sont alors rejetés à l'extérieur ; mais les observations ne sont pas rares où un calcul, arrêté dans sa progression, est demeuré longtemps dans le trajet avant d'être expulsé.

b) La seule présence d'un agent microbien suffit parfois à produire l'ulcération des parois de la vésicule et l'on voit *des cholécystites infectieuses non calculeuses* donner naissance à des fistules. L'envahissement des voies biliaires par les microbes pathogènes se fait par quatre voies : l'artère hépatique, la veine porte, les lymphatiques ou la voie cholédocienne. Celle-ci est de beaucoup la plus fréquente. Sous l'influence d'une cause d'exaltation quelconque, comme un traumatisme, ou même spontanément, les hôtes habituels de l'intestin franchissent l'embouchure du cholédoque pour se répandre et coloniser dans l'arbre biliaire. L'infection se fait dans la continuité de la muqueuse ; M. Girode lui a donné le nom d'angiocholite ascendante. Mais des bactéries telles que le bacille d'Eberth peuvent être apportées au niveau de la glande hépatique par le courant sanguin d'un organisme infecté. C'est sur les limites du lobule que se fait alors l'envahissement des ramifications biliaires ultimes pour se porter ensuite vers les canaux plus larges jusqu'aux collecteurs eux-mêmes ; dans ce cas, la cholécystite est secondaire à une angiocholite descendante.

A côté de ce groupe infectieux, on voit des maladies d'un ordre plus général encore, comme la tuberculose, porter leurs localisations au niveau de l'arbre biliaire ou, plus particulièrement, de la vésicule. La cholécystite tuberculeuse, à évolution torpide ou légèrement subaiguë, peut néanmoins donner lieu aux complications des cholécystites en général et à l'ouverture d'une fistule. Tel est l'exemple de l'observation de Czerny Nermann.

Les cholécystites suppurées infectieuses sont infiniment plus fréquentes que les cholécystites calculeuses. La proportion est, d'après Longuet, de sept cas de cholécystite infectieuse pour un cas de cholécystite calculeuse. Celles-là se traduisent d'abord par une réaction locale violente; les parois de la vésicule se tuméfient, s'infiltrant de cellules embryonnaires; celles des collecteurs biliaires n'échappent pas à ce processus et l'angio-cholécystite est la règle. Alors la lumière de ces canaux est rapidement obturée par un amas de cellules épithéliales nécrosées et desquamées, de leucocytes, de mucus, de sels biliaires et de matières grasses comme la cholestérine. En même temps, au niveau de la vésicule se produit une exsudation intense qui, ne pouvant se donner libre cours au dehors, transforme le cholécyste en une tumeur dont le contenu devient rapidement purulent et éminemment septique. Dans les expériences de MM. Charrin et Roger, l'injection de 1 centimètre cube d'un liquide semblable suffisait pour tuer un lapin en une heure. Cette surdistension de la vésicule, dans le cas de cholécystite non calculeuse, est si commune qu'elle a été considérée comme la règle par Longuet.

Les phénomènes généraux peuvent devenir d'une gra-

tivité exceptionnelle. Ainsi chez une malade de Mayo Robson¹ atteinte de suppuration de la vésicule qui se mourait de péritonite. Elle fut guérie par l'opération de la cholécystotomie. Ce processus n'est d'ailleurs que le prélude d'ulcérations rapides. Et si les adhérences à la paroi abdominale n'ont pas eu le temps de se produire, on peut avoir des accidents semblables à ceux de la péritonite par perforation. Köcher² rapporte le cas d'une malade dont le ventre avait pris rapidement un volume considérable. Il existait un exsudat encapsulé composé de pus, de bile, de cristaux d'hématoïdine et de cholestérine, auquel le chirurgien donna issue par la ponction, puis par l'incision. Il n'y avait pas encore oblitération complète des voies biliaires, car on n'avait constaté ni ictère ni décoloration des matières fécales. La malade fut complètement guérie.

Plus souvent, la marche de l'affection est moins précipitée. Il se produit ici, comme dans certains cas d'appendicite, une réaction inflammatoire périphérique, une péri-cholécystite analogue à la péritonite enkystée qui devient une sauvegarde pour la grande cavité péritonéale. Les ulcérations se produisent non sans laisser le temps à des adhérences fibreuses de s'organiser, puis la paroi abdominale elle-même prend part à l'inflammation ; alors un phlegmon se développe puis s'ouvre à l'extérieur. Bien des fois l'établissement de la fistule est l'œuvre du chirurgien, car celui-ci ne saurait rester dans l'expectative. En effet, ces malades sont des rétentionnistes et non pas,

¹ *British med. Journal*, novembre 1889.

² *Deutsch. med. Wochens.*, 1890, p. 253.

dit Longuet, « à la façon des calculeux chez qui sont surtout à craindre les accidents de cholémie ». Les cholécystites suppurées infectieuses sont bien plus redoutables par les accidents pyogéniques qu'elles entraînent.

La fistule ainsi produite offre très peu de tendance à l'obturation spontanée. Ainsi sur trente-trois cas de cholécystite non calculeuse traités par la cholécystotomie que Longuet rapporte dans sa thèse remarquable, nous pouvons relever quinze cas de fistules persistantes. L'une d'elles, due à Terrillon, montre même la possibilité de la persistance d'une fistule établie pour le traitement d'une simple cholécystite séreuse non suppurée. Longuet trouve la cause de cette persistance, dans l'inextensibilité des parois affectées d'hyperplasie fibroïde. « Souvent, dit-il, la tumeur biliaire à paroi rigide, rugueuse et incrustée de calcaire, présente une poche bien propre à la persistance d'une fistule biliaire si on la fistulise à la paroi. »

c) La fistule biliaire peut être symptomatique d'un troisième genre d'affections : le cancer de la vésicule.

En effet, M. Bernard¹ montre la coexistence constante de la lithiase avec le cancer primitif de la vésicule biliaire ; la dégénérescence cancéreuse serait même secondaire à la lithiase, par suite de l'irritation produite sur les parois de vésicule par la présence des calculs. Il est naturel d'admettre que les deux effets d'une même cause se rencontrent à la fois. Une cholécystite ulcéreuse peut accompagner ou précéder le développement du cancer, et celui-ci peut, d'autre part, agir secondairement dans le sens de la stase biliaire par compression du cholédoque.

¹ Thèse de Lyon, 1897.

II. — Les conduits biliaires extra-hépatiques sont susceptibles de donner naissance à des fistules. Celles-ci peuvent venir du canal cystique, mais le plus souvent leur origine est au niveau d'une ulcération de la paroi cholédocienne. Elles forment un groupe anatomo-pathologique spécial dans l'étiologie duquel l'angiocholite calculeuse entre pour la plus large part. Leur pathogénie n'est pas différente de celle des fistules à point de départ vésiculaire. Le processus, d'abord inflammatoire puis ulcéreux, s'accompagne de la formation d'adhérences péritonéales; il se produit autour du cholédoque une cavité close qui sera un cloaque après la migration des calculs et leur issue à la paroi abdominale phlegmoneuse. L'observation de MM. Vidal et Griffon renferme à ce sujet des renseignements précieux, car elle nous montre les vestiges fibreux d'une fistule guérie, rattachés à la paroi abdominale et au niveau d'anciennes cicatrices du cholédoque. Quant au siège précis des ulcérations, rappelons que les calculs eux-mêmes sont rares au voisinage de l'embouchure du canal; on les trouve beaucoup plus fréquemment à son origine ou dans sa portion sus-duodénale.

Nous verrons plus loin quelle est la valeur des signes de rétention biliaire au point de vue de l'obstruction du cholédoque en général. Mais la détermination de la nature de l'obstacle ne laisse pas que de présenter de grandes difficultés. Cette distinction est importante, car le cancer de la tête du pancréas et de l'ampoule de Vater en produisant une compression progressive à l'embouchure du grand collecteur biliaire peut nécessiter l'établissement d'une fistule par l'ouverture de la portion supérieure distendue de ce canal. On a attribué une grande valeur au

signe de Courvoisier Terrier : « La dilatation de la vésicule biliaire, dit Courvoisier, est rare dans le cas d'obstruction du cholédoque par un calcul ; beaucoup plus souvent elle est atrophiée. Dans l'occlusion due à toute autre cause l'ectasie est la règle. »

Reclus, dans une clinique de la Pitié, fait remarquer que cette loi souffre de nombreuses exceptions : « Je ne crois pas, dit-il, que la dilatation de la vésicule biliaire soit suffisante à elle seule pour permettre de conclure nécessairement à l'existence d'un cancer. » Et il cite à l'appui de ces paroles trois autopsies de Lancereaux et Jalaguier et une de Hanot.

Néanmoins Jourdan, dans sa thèse, attire l'attention sur ce fait que, sur cinquante-quatre cas d'obstruction calculieuse par cholédoque où l'état de la vésicule a été noté, quarante-cinq fois elle était rétractée et cinq fois seulement dilatée. Le signe de Courvoisier-Terrier nous paraît donc constituer un grand élément de probabilité. C'est là une notion précieuse à cause de la gravité du pronostic dans le cas de cancer du pancréas (celui-ci étant, de tous les cancers, celui qui évolue le plus rapidement), aussi bien qu'en vue du traitement à établir. Rappelons enfin que dans les circonstances où une obstruction du cholédoque a nécessité l'ouverture de la vésicule ou bien l'incision et le drainage du canal collecteur lui-même, il est des faits nombreux où, par suite de la persistance de la cause d'obstruction (calcul ou cancer), la fistule est restée définitive ou a persisté jusqu'à ce qu'une nouvelle intervention chirurgicale ait pu rendre à la bile un cours plus régulier. La thèse de Jourdan contient douze exemples de fistules semblables, consécutives à une cholédocotomie ou à une

cholécystostomie. Deux d'entre elles furent définitives, l'une parce qu'on avait oublié par mégarde une mèche servant au drainage, l'autre parce que le trajet étant en voie de guérison, s'ouvrit de nouveau sous l'influence d'une infection pneumococcienne.

De tout ce qui précède, nous concluons que les fistules d'origine extra-hépatique viennent : 1° de la vésicule ; 2° du cholédoque.

Les fistules spontanées succédant à l'ouverture d'un phlegmon biliaire sont rares, et dues surtout à la lithiasé, quoique les cholécystites suppurées non calculeuses soient de beaucoup les plus fréquentes. Ces dernières donnent lieu à un grand nombre de fistules artificielles.

Au nombre des fistules artificielles, il en est que les circonstances défavorables rendent définitives.

CHAPITRE III

FISTULES BILIAIRES D'ORIGINE INTRAHÉPATIQUE MIGRATION DE L'ABCÈS

L'observation recueillie dans le service de M. Poncet se rattache à une variété de fistules biliaires dont l'origine est au sein de la glande hépatique. Les causes susceptibles de leur donner naissance se résument en deux mots : obstruction et angiocholite propagée aux ramifications ultimes de l'arbre biliaire et, par continuité, jusqu'à l'élément noble de l'organe, la cellule hépatique. Ces lésions n'ont rien de commun avec celles de l'hépatite infectieuse proprement dite qui produit les grands abcès épidémiques des pays chauds ou sporadiques de nos contrées, décrits par MM. Kelsch et Kiener. Sans doute, on a cité des cas où l'ouverture d'un grand abcès du foie a été suivie d'un écoulement de bile permanent. Dans ces circonstances, purement accidentelles, il faut attribuer l'issue du liquide à la coexistence avec l'abcès d'une obstruction d'une autre nature, calcul du cholédoque par exemple; ce fait a été confirmé par l'autopsie.

Dans les cas qui nous intéressent, les éléments atteints les premiers en date sont les parois des canaux biliaires

† Oromi, thèse de Montpellier, 1889,

dont la turgescence est le facteur essentiel de la rétention et de l'issue de la bile au dehors.

Il se fait alors dans le foie des lésions dégénératives analogues à celles que l'on a reproduites expérimentalement chez les animaux. La ligature du cholédoque provoque, en effet, l'apparition dans le tissu hépatique de foyers de destruction disséminés dans tout l'organe. Les cellules hépatiques subissent la dégénérescence graisseuse et la vacuolisation; on voit se développer également un tissu conjonctif hyperplasique. De même, MM. Achard et Phulpin¹ ont trouvé dans le foie des sujets morts d'angiocholite calculeuse avec oblitération du canal cholédoque des nodules fibreux et des travées de sclérose au niveau des espaces portes, en même temps qu'une néoformation de canalicules biliaires. A un degré plus élevé, c'étaient des lésions des canaux biliaires eux-mêmes, depuis la simple ectasie et le catarrhe purulent jusqu'à l'abcès. Telle est l'origine des collections purulentes décrites par Chauffard sous le nom d'abcès aréolaires. Leur forme générale rappelle celle des infarctus dont la base est tournée vers la périphérie, le sommet tronqué vers le hile du foie; l'ensemble constitue un foyer aggloméré du volume d'un œuf « environ : « La paroi de ces abcès, dit Chauffard, n'est « pas lisse, tomenteuse, mais irrégulière, sillonnée de « petites alvéoles inégales et communiquant entre elles. « Au centre du foyer purulent, les alvéoles initiales se « sont confondues. » Leur contenu est un pus blanc crémeux et épais, ou bien un liquide glaireux et verdâtre. Au voisinage de l'abcès, les gros canaux biliaires sont ecta-

¹ Couturier, thèse de Paris, 1896,

siés, obstrués par la desquamation épithéliale ou gorgés de pus. Plus loin, au niveau des espaces portes, on constate des foyers de cirrhose à caractère biliaire avec bourgeonnement et multiplication des canalicules.

L'angiocholite est donc l'élément primordial. Quelquefois l'inflammation proliférative produit de petits abcès angiocholitiques multiples ; dans d'autres cas, il en résulte la formation d'un ou de plusieurs abcès du type aréolaire. Ces derniers ne sont pas une lésion immobile et stationnaire ; mais leur progression ne se fait pas par un mécanisme semblable à celui que Rouis, puis Debergue ont décrit pour les grands abcès à membrane pyogénique. Ici, l'accumulation du pus qui se forme sans cesse va distendre les parois et accroître les dimensions de l'abcès en provoquant le refoulement des lobules circumvoisins. Tandis que la collection purulente à forme aréolaire est une lésion essentiellement envahissante, à marche extensive et centrifuge. « Les foyers purulents, dit Chauffard, prenaient leur racine en plein foie, à la partie moyenne de l'un des lobes ; puis le progrès de leur évolution les avait amenés à la surface de l'organe comme si leur développement s'était effectué de dedans en dehors, des parties profondes vers la périphérie ». Pendant que les alvéoles les plus internes se détruisent, d'autres se forment à la périphérie et empiètent sans cesse sur le parenchyme voisin.

Si la collection angiocholitique peut être isolée, unique, plus souvent les foyers sont multiples ; ceux-ci, quand ils sont rapprochés les uns des autres, se réunissent et forment, par leur ensemble, une sorte de système caverneux dont les poches communiquent plus ou moins largement entre elles.

A mesure que l'abcès grandit, une réaction, due à l'élasticité du tissu hépatique refoulé, tend à le diriger vers le lieu de moindre résistance, c'est-à-dire à la périphérie ; là, en effet, la tension vasculaire intralobulaire est moins grande que dans les parties centrales de l'organe, au voisinage des gros vaisseaux du hile.

En résumé, c'est par un ensemble de conditions pathogéniques et mécaniques que se fait la progression de l'abcès jusqu'au moment où il prend contact avec la capsule de Glisson. Alors le phénomène entre dans une nouvelle phase ; la capsule devenant à son tour le siège de lésions irritatives, s'épaissit, se vascularise et, pendant quelque temps, sert de barrière à l'écoulement du pus ; les séreuses voisines participent bientôt à une inflammation de continuité dont le résultat est la formation d'adhérences néomembraneuses. Des trajets plus ou moins longs s'établissent au milieu des organes voisins, l'abcès s'achemine au delà de la périphérie de la glande pour être finalement expulsé au dehors, si, dans sa migration, il n'a pris un chemin inopportun par suite de la résistance inégale des tissus et aussi, de son siège initial. C'est ainsi que, lorsque le foyer est rapproché de la face convexe du foie, sa migration aboutit à la production d'une collection sous-diaphragmatique (Jürgens, *Berliner klinische Wochens.*, 1892 ; — Biggs, *New-York medical Record*, 1893). On a vu d'autres fois l'évacuation se faire par les voies biliaires elles-mêmes vers la vésicule. Elle peut s'opérer plus rarement à travers le diaphragme vers la plèvre ou les bronches ou bien au-dessous du diaphragme par le tube digestif, ou le bassin et le rein (Debergue).

La migration de l'abcès n'est pas toujours un processus

aussi simple. Parfois les phénomènes généraux dus à la pyémie prennent une proportion grave, ou bien une péritonite à évolution rapide se déclare avant qu'une fistule ait pu s'établir. C'est pour prévenir ces complications que le professeur Kocher, de Berne, pratiqua pour la première fois, en mars 1882, l'incision d'un abcès angiocholitique à travers le tissu hépatique : la malade guérit et garda une fistule. Plus tard, Sendler¹ fut moins heureux dans un cas d'angiocholite suppurée avec foyers multiples.

D'une façon générale la marche en avant de l'abcès provoque une réaction du péritoine périhépatique et de la plèvre ; il se forme des adhérences avec la paroi abdominale. Par suite, la communication avec l'extérieur pourra se faire sans que la cavité péritonéale soit intéressée. Alors apparaît graduellement une tuméfaction circonscrite, soit à l'hypocondre, soit à l'épigastre, soit, très rarement, à la partie postérieure de la poitrine. En même temps, on peut percevoir à la palpation un empâtement profond de la région hépatique répondant au travail péritonitique et accompagné d'œdème de la peau. Ces phénomènes s'accompagnent ordinairement de constipation et d'entéralgie. L'état du foie et des voies biliaires est susceptible d'entraîner de l'ictère. Plus tard, la fluctuation commence à être perçue ; la peau devient rouge et douloureuse : c'est le stade du phlegmon aigu de la paroi ; enfin, la surface s'amincit, se culmine et se perfore, laissant écouler tantôt un pus fétide jaunâtre ou franchement bilieux, dans lequel on peut quelquefois reconnaître des débris de parenchyme

¹ Angiostomie pour angiocholite infectieuse (th. Longuet.)

hépatiques phacélés, tantôt un liquide clair et vert foncé. Puis le foie se rétracte, et sa matité reprend son aire normale.

Tels sont les caractères principaux du phlegmon d'origine biliaire. Ils sont souvent insuffisants pour permettre le diagnostic de leur nature dans chaque cas particulier. Ainsi, ce diagnostic est souvent hésitant entre un empyème de la vésicule et un abcès angiocholitique du lobe droit ; on peut affirmer cependant que la voussure élastique et fluctuante, produite dans ce dernier cas, se distingue de la tumeur dure, peu volumineuse et bien limitée que donne une vésicule calculieuse. Quant à la surdistension du cholécyste, quoique volumineuse, elle est dure ou rénitente, et donne difficilement lieu au phénomène de la fluctuation.

Le point où apparaît le phlegmon est très variable. A la suite de la perforation directe de la vésicule, Denucé affirme que le point culminant du phlegmon est dans le voisinage de la ligne étendue de la partie moyenne du bord costal à l'ombilic. Mais quand la vésicule se dilate, son fond se déplace vers l'ombilic et peut même siéger à gauche et un peu au-dessous de celui-ci.

Si la perforation se fait dans un cloaque péritonéal intermédiaire, le trajet peut être beaucoup plus sinueux. Dans ces conditions, on voit le phlegmon apparaître dans les points les plus variables. Le lieu d'élection est la région paraombilicale ou l'ombilic lui-même. Exceptionnellement, il s'ouvre à l'épigastre dans la région sous ombilicale, inguinale (Valentin, 1880 ; Poirier, 1883) ou même au niveau du pubis (Anger, 1879).

Les abcès angiocholitiques viennent s'ouvrir le plus souvent au niveau du lobe du foie où ils ont pris nais-

sance, ceux du lobe gauche siègent à l'épigastre ou dans l'hypocondre gauche, ceux du lobe droit dans l'hypocondre droit. La disposition du ligament falciforme formant une cloison étendue du diaphragme à la face convexe du foie donne la raison de ce fait. C'est encore en suivant le trajet du ligament suspenseur et le repli de la veine ombilicale qu'une collection est venue s'ouvrir au niveau de l'ombilic (cas de Foiret).

Lorsque l'abcès a atteint la paroi abdominale, il peut faire dans son épaisseur un trajet plus ou moins long avant de s'ouvrir à l'extérieur. Cette ouverture peut se faire alors à l'ombilic (de Lignerolles), dans la région inguinale. Rouis signale les faits exceptionnels d'un abcès ayant fusé jusqu'aux environs des dernières vertèbres lombaires et un autre près de la hanche.

L'ensemble de ces faits explique la diversité du siège des fistules biliaires cutanées. Ce siège est par ordre de fréquence.

L'hypocondre droit (dans la majorité des cas) ;

L'ombilic ;

L'épigastre ;

L'hypocondre gauche ;

La région sous-ombilicale ;

La région inguinale.

Ces deux dernières régions sont particulièrement rares.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC D'ORIGINE

La discussion de l'observation qui a été le point de départ de cette thèse a soulevé dans notre esprit les deux questions suivantes : *Quelle est la signification de l'ictère dans les cas de phlegmon biliaire? Peut-on établir un diagnostic d'origine des fistules biliaires?*

Nous avons vu que l'apparition du phlegmon biliaire est, d'une façon générale, le fait d'une angiocholite ou d'une angio-cholécystite ulcéreuse, tantôt primitive, tantôt secondaire, à la présence d'un obstacle au cours de la bile comme des calculs, et, dans le premier cas, l'obstacle réside dans la tuméfaction de la muqueuse elle-même infectée. La conséquence première de cet état de choses, est la rétention dont le symptôme pathognomonique est l'ictère. La coloration des téguments et la décoloration des matières fécales peuvent s'accompagner d'accès de coliques hépatiques et de douleurs à la pression ou spontanées, soit dans la région du foie, soit au niveau de la vésicule. Les troubles digestifs dus à l'acholie sont fréquents, et, dans le cas de cancer, la cachexie elle-même peut dominer le tableau. Parfois on observe le phénomène de la fièvre intermittente hépatique décrite par Charcot. « Ce sont, dit-il, des accès revenant à courte échéance,

suivant un type plus ou moins régulier, de manière à simuler la fièvre intermittente palustre et qui se montrent en dehors de la colique hépatique, dans certaines maladies des voies biliaires, dans les cas par exemple, d'occlusion du cholédoque. » L'augmentation de volume du foie signalée aussi par cet auteur est un signe inconstant. Mais la coloration des urines par les pigments biliaires accompagne toujours la coloration des téguments et des muqueuses. Tels sont, en résumé, les symptômes généraux de la rétention biliaire. L'ictère n'est pas le premier en date ; le plus souvent il est postérieur à l'accès de colique hépatique ; mais il ne fait jamais défaut quand l'occlusion est complète, quelle qu'en soit la cause, spasme, calcul, gonflement de la muqueuse, bouchon muqueux, rétractions cicatricielles ou cancer.

Pour ce qui est de l'obstruction du cholédoque en particulier, on a cru longtemps, et certains affirment encore que l'ictère continu progressif et foncé est l'apanage des obstructions cancéreuses, tandis que l'ictère à intermittences serait réservé à la lithiase. Or MM. Hanot et Rendu ont montré qu'il peut être intermittent dans certains cas de cancer de l'ampoule de Vater. Couturier cite, dans sa thèse, une observation de Griffon où l'obstruction du cholédoque par un cancer de la tête du pancréas ne fut pas accompagnée d'ictère. Nous savons, d'autre part, que le signe de Courvoisier Terrier est loin d'être d'une constance parfaite. Aussi faut-il être très réservé sur le diagnostic de cancer. Néanmoins, il résulte des travaux de MM. Bard et Pic¹ que l'on peut en soupçonner l'existence quand on

¹ Cancer primitif du pancréas (*Revue de médecine*, 1888).

se trouve en présence de l'ensemble des signes suivants : ictère sans augmentation de volume du foie, vésicule distendue perceptible à la palpation et surtout cachexie très rapide avec amaigrissement extrême.

Dans la forme commune de l'oblitération calculieuse du cholédoque, les coliques hépatiques, d'abord courtes et espacées, sont devenues beaucoup plus longues et plus rapprochées (Vautrin). Puis l'ictère, intermittent au début, finit par s'installer complètement avec les autres caractères de la rétention. Mais il est aussi une forme fruste, et Couturier en cite cinq observations, une de Bernard et quatre de Griffon. L'une de ces dernières que nous rapportons dans notre thèse réunit toutes les complications qui peuvent être le résultat de l'obstruction calculieuse biliaire : trajet fistuleux, angiocholite, abcès ; et cependant il est noté que l'ictère par rétention a toujours fait défaut. M. Griffon explique cette absence d'ictère par le fait que le conduit, considérablement dilaté, prend dans ce cas un diamètre supérieur à celui du calcul : « La bile, dit-il, passe entre le corps étranger et les parois du canal ; c'est une véritable incontinence par regorgement analogue à celle qui se passe en pathologie urinaire. » Dans une observation de Cruveilhier, un amas de calculs accumulés dans le cholédoque dilaté remontait jusque dans le canal cystique ; malgré cela, la bile suivait un trajet tortueux et étroit et pénétrait dans l'intestin. L'obstruction du cholédoque même, due à une concrétion volumineuse n'est donc pas nécessairement suivie d'ictère.

Ainsi la détermination de la nature de l'obstacle rencontrera parfois de très grandes difficultés. Cependant il est un signe que Vautrin recommande de chercher et qui l'a

beaucoup aidé à porter un diagnostic : c'est la vive douleur déterminée par la palpation au niveau du cholédoque. On peut sentir là une induration profonde qui devient douloureuse à la pression parce que les doigts compriment le siège du calcul. « C'est, dit Vautrin, lorsqu'on peut le percevoir, un des meilleurs signes de diagnostic. »

Peut-on reconnaître un abcès angiocholitique ? Rappelons la discussion de l'observation de M. Bérard. La malade n'a jamais eu de coliques hépatiques : les selles n'ont pas présenté de calcul ; l'ictère, il est vrai, est apparu plusieurs fois accompagné de frissons, de température, en un mot des symptômes de la suppuration profonde. Sans doute l'obstruction calculieuse ne demeure pas apyrétique lorsque se déclarent les phénomènes d'angiocholite suppurée et la réaction péritonéale de voisinage. D'autre part, l'ictère existe dans les angiocholites suppurées ; nous le trouvons signalé chez la malade de Kocher¹, dans deux cas de M. Quénu² et dans une observation de Lejars³.

Il a comme caractère d'être intermittent et coïncide avec le gonflement de la muqueuse faisant valvule obturatrice. Mais nous savons que l'intermittence existe toujours au début de l'ictère par rétention calculieuse. C'est dans ce cas que l'application du précepte de Vautrin sera d'une grande utilité. Le symptôme colique hépatique sera recherché avec soin, car il est naturel d'en prévoir l'absence dans les angiocholites purement infectieuses ; et des observations comme celle de Sandler⁴ sont très instructives sur ce point.

¹ *Progrès méd.*, 25 avril 1896.

² *Revue de Chirurgie*, 1897.

³ *Revue de Chirurgie*, 1897, p. 352.

⁴ *Angiocholite infectieuse et abcès multiples* (th. Longuet).

En somme, c'est par l'absence de commémoratifs lithiasiques qu'on pourra plutôt reconnaître l'origine infectieuse du phlegmon, car celui-ci ne s'accompagne pas de symptômes vraiment pathognomoniques, et le diagnostic pourra rester souvent incertain.

Cependant, le fait de la disparition de l'ictère après la seule mise au repos des voies biliaires par débridement de la fistule, fera songer à une obstruction inhérente à l'organe lui-même plutôt qu'à un obstacle d'ordre étranger. Peut-être faut-il faire intervenir la cessation d'un état spasmodique des canaux eux-mêmes.

De toute cette discussion, il résulte que le diagnostic d'origine du phlegmon biliaire sera toujours délicat, parfois même impossible. Au reste, cette connaissance importe peu, puisque le traitement est dans tous les cas l'incision. Nous croyons avec M. Vautrin qu'il y a utilité pour le malade à faire une laparotomie exploratrice qui peut devenir, si le diagnostic lithiasique se confirme, le premier temps d'une opération curative.

CHAPITRE V

PRONOSTIC — TRAITEMENT

En général, lorsqu'une fistule est établie, la perméabilité des voies biliaires est maintenue en partie. C'est ainsi que certains malades conservent pendant longtemps un trajet fistuleux sans que le bon fonctionnement de l'organisme soit compromis ou même entravé.

Le pronostic n'est donc pas d'une grande gravité. Chaudron signale la guérison dans les deux tiers des cas des statistiques de Fauconneau-Dufresne, Murchison et Frerichs. Sur un ensemble de vingt-sept observations de fistules artificielles persistantes relevées dans les thèses de Jourdan et de Longuet, nous notons trois cas seulement de mort par épuisement. Mais il est des cas exceptionnels où, par suite de l'écoulement complet de la bile au dehors, le malade se trouve dans les conditions les plus défavorables. Les troubles digestifs que détermine l'acholie et qui peuvent suffire à amener le dépérissement, s'accompagnent bientôt de dyspepsie flatulente, de maigreur, d'abattement général et souvent de la fièvre intermittente hépatique que son caractère vespéral permet de distinguer de l'accès paludéen. Plus tard, la cachexie s'installe et trop souvent la mort en est la conséquence plus ou moins éloignée.

Lorsque la fistule est symptomatique d'un cancer des voies biliaires, elle est d'un pronostic fatal ; la mort est due à la cachexie cancéreuse en même temps qu'à la cholémie déterminée par la compression.

Dans la lithiase, l'oblitération du trajet fistuleux est la règle toutes les fois que les calculs, cause de l'obstruction, ont été complètement éliminés.

Les fistules qui sont le résultat d'une angiocholite ou d'une cholécystite non calculeuse, en produisant le drainage de l'humeur infectée, permettent aux voies biliaires, dont la muqueuse est turgescence, de reprendre leur calibre et aux amas purulents de s'évacuer au dehors. La guérison peut en être la conséquence. « Très probablement, dit Terrier, les accidents d'angiocholite sont peu à peu calmés et l'écoulement de la bile au dehors a dû jouer un grand rôle dans ce résultat heureux. » C'est aussi l'opinion de Chauffard.

Traitement.

Nous examinerons deux cas :

1. *La fistule s'est ouverte spontanément.* — MM. Barth et Besnier recommandent de s'abstenir pendant quelques jours de toute exploration minutieuse jusqu'à ce que le foyer soit détergé et l'orifice fistuleux définitivement établi ; à ce moment, on peut pratiquer la dilatation. L'incision et le débridement du trajet fistuleux nous paraissent nécessaires pour donner une issue suffisante aux calculs et produire la décharge du liquide purulent retenu dans les voies biliaires. La recherche des calculs par le cathétérisme doit être faite avec les plus grandes précautions,

Tous les auteurs citent le cas de Robert, où la simple introduction d'une pince dans la fistule pour l'exploration, déterminait une péritonite mortelle. On pourra tenter leur extraction au moyen d'instruments délicats ou à l'aide d'injections.

II. *L'abcès n'est pas encore ouvert, mais perceptible à travers la paroi abdominale.* — Il faut toujours inciser là où il se présente. Et alors, suivant les cas, on se bornera à cette simple ouverture ou bien on la fera suivre d'une cholécystostomie ou d'une cholédocotomie. En même temps, le chirurgien pratiquera le cathétérisme des voies biliaires vers l'intestin pour les dégager ; s'il reconnaît la présence d'un calcul, il pourra en opérer le refoulement pourvu que celui-ci soit de faibles dimensions et non enclavé dans les parois du canal. Vautrin¹ conseille de diriger plutôt ce refoulement vers la vésicule, car le passage à travers la gangue pancréatique peut être très difficile.

L'intervention sera toujours terminée par un drainage sans suture, au moyen d'un drain ou plus simplement de mèches de gaze préparée et aseptique.

Le mode d'action du drainage et de la cholécystostomie a été montré par Terrier² : « La bile, dit-il, en s'écoulant entraîne mécaniquement les éléments septiques qui existent dans les voies biliaires, et celles-ci finissent en conséquence par être désinfectées. » La fistule bilio-cutanée ouvre, en outre, une voie à la migration des calculs et, en modifiant les conditions de l'hydraulique biliaire, selon

¹ *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 446.

² *Société de Chirurgie*, 1895,

l'expression de Chauffard, elle met tout le système au repos et produit un résultat très favorable ; elle a, de plus, sur les fistules gastriques et intestinales, l'avantage d'être moins grave et d'une exécution rapide. Telle est l'opinion du professeur Poncet¹. « Il faut bien savoir, dit-il, que la gravité de ces interventions si utiles, parfois si urgentes, est nulle. » En créant ainsi une voie détournée pour l'écoulement de la bile, on améliore rapidement l'état des malades ; la douleur disparaît, les forces renaissent et la fistule peut même se fermer spontanément. Si elle persiste, le chirurgien devra tenter une intervention secondaire pour l'oblitérer ; cette conduite tout à fait rationnelle est justifiée par ses résultats. Quand la cause de la persistance de la fistule est un obstacle siégeant sur le cholédoque ou l'ampoule de Vater, on pourra tenter évidemment dans cette opération secondaire de l'aborder et de le lever, si c'est un calcul, par une cholédocotomie ou par une incision du duodénum et l'aboutissement du cholédoque dans l'intestin. Cette dernière méthode, mise en usage par Terrier et Pozzi, a donné des résultats médiocres. Il faut attribuer ces insuccès aux conséquences de l'infection des voies biliaires mises en relief par M. Vautrin² : « En arrière de l'obstacle, dit-il, s'accumule une boue épaisse où se cultivent de nombreuses colonies et, plus en amont, une bile plus ou moins infectée, qui, l'obstacle levé, se déverse dans la séreuse et l'inocule. » Lors même que l'infection péritonéale ne

¹ *Lyon Médical*, avril 1897.

² De l'obstruction calculieuse du cholédoque (*Soc. de Chirurgie*, 1896, p. 446).

se produit pas, la seule incision des parois cholédocienne et intestinale ouvre une porte d'entrée trop largement suffisante pour les microbes pathogènes; alors peuvent se déclarer les divers accidents de l'infection généralisée qui se terminent trop souvent par la mort. Dans les cas heureux, où les parois adossées se réunissent sans accidents graves, il faut redouter encore, par le fait du travail de cicatrisation de la plaie, le rétrécissement ultérieur de l'ouverture créée et même son étranglement.

En dehors de ces inconvénients immédiats de la création des fistules intestinales, celles-ci demeurent par la suite, pour l'arbre biliaire, une cause permanente d'infection ascendante. L'angiocholite et les accidents de rétention se renouvelleront, et pourront amener une sorte de dégénérescence de la glande hépatique qui la rendra impropre à accomplir son rôle de dépuración.

La cholédocothripsie, suivie du refoulement des calculs dans l'intestin ou vers la vésicule, est une opération qui compromet beaucoup les parois du conduit. En outre, les aspérités des fragments repoussés peuvent produire des solutions de continuité sur la muqueuse du cholédoque; par cette voie s'insinueront les microbes que la fragmentation elle-même aura mis en liberté. Nous connaissons en effet, depuis les recherches de Naunyn et de Gilbert, le rôle des agents infectieux dans la genèse de la lithiasé biliaire, et. M. Létienne¹ a constaté la présence du *Bacterium coli* et du streptocoque dans la substance même des calculs.

Dans les cas où l'obstacle est inabordable ou ne peut

¹ Létienne, *Congrès de médecine de Bordeaux, 1895.*

être enlevé (rétraction cicatricielle, cancer), on peut se demander s'il faut laisser persister la fistule cutanée, aboucher la vésicule dans l'intestin ou l'ouvrir dans l'estomac. De ces trois alternatives, cette dernière a paru la meilleure à M. Jaboulay¹ dans le cas de tumeur de la tête du pancréas. « L'anastomose de la vésicule biliaire, dit cet auteur, est une opération rationnelle et peut être l'opération de choix dans les cas d'obstruction définitive et permanente du canal cholédoque, telle qu'elle est réalisée par une tumeur de la tête du pancréas. » Quoique ce soit là une opération délicate, nous pensons qu'il y a avantage à corriger par elle une fistule biléo-cutanée, car elle permet de faire rentrer la bile dans la circulation intestinale et prévient les accidents de la cholémie; d'autre part, elle protège mieux les voies biliaires contre l'infection ascendante que l'abouchement de la vésicule à une anse intestinale.

Mais il arrive souvent que la vésicule ne peut être suffisamment mobilisée et amenée jusqu'au contact de l'estomac; on devra se contenter alors de l'intestin ou bien on laissera la fistule cutanée.

C'est surtout chez les sujets dont l'ensemble des voies biliaires est malade par suite d'infections répétées, qu'il faudra, le plus possible, se garder de faire l'ablation de la vésicule ou cholécystectomie, car on est exposé chez eux à voir de nouveaux accidents de rétention se produire à cause de l'insuffisance fonctionnelle de l'organe. Dans tous les cas, avant d'avoir recours à l'intervention secondaire dont nous parlions tout à l'heure, faudra-t-il laisser ouvert

¹ Jaboulay, la Cholécystogastrostomie (*Lyon Médical*, 1898).

l'orifice de la première intervention pendant un temps suffisant pour être sûr que les voies biliaires sont complètement débarrassées des calculs qui pouvaient s'y être formés. La cholécystectomie doit être réservée aux cas où les parois de la vésicule sont altérées profondément et trop friables pour que l'on puisse y établir une suture solide; elle serait encore indiquée si l'on se trouvait en présence d'une énorme vésicule distendue par un gros abcès avec péricholécystite, car alors il y a urgence à débarrasser au plus tôt l'économie d'un vaste foyer infectieux. Encore faudrait-il avoir soin, si cela était possible, de conserver, comme l'a fait Lindner, un moignon de vésicule suffisant pour l'aboucher à la paroi abdominale.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION II

(Rapportée par MM. Widal et Griffon, *Bull. de la Soc. anat.*).

*Fistule guérie. — Absès aréolaire du foie
d'origine calculieuse.*

Le 17 mars 1894, à l'hospice des Ménages, M^{me} T..., âgée de soixante-treize ans, est prise subitement de douleurs intolérables dans la moitié droite de l'abdomen.

Elle entre dans le service de M. Widal, à l'infirmerie, et raconte, qu'il y a dix ans, elle a souffert de crises analogues, mais moins violentes.

Jamais elle n'a présenté d'ictère.

Actuellement, la douleur a son maximum dans l'hypocondre droit et s'irradie dans la région épigastrique. La pression l'exagère. Dans la fosse iliaque gauche, le gros intestin est rempli de matières fécales.

Au niveau du flanc droit, l'inspection révèle la présence de deux cicatrices étoilées, adhérentes aux plans profonds. *Là est apparue autrefois une tuméfaction du volume du poing, ouverte spontanément à l'extérieur, en donnant issue à un pus abondant et fétide. Deux fistules ont persisté pendant plusieurs semaines et se sont enfin taries.*

La température est de 39 degrés. Pas de vomissements; pas de teinte ictérique des téguments; pas de décoloration des fèces: l'examen des urines ne donne pas la réaction de Gmelin.

Le 20, la douleur cesse; la température est redevenue normale.

Les jours suivants, la malade ne souffre plus spontanément, mais la palpation de la région hépatique est toujours douloureuse. *L'ictère par rétention a toujours fait défaut.*

Le 14 avril, le 22 et le 25, frissons suivis de fièvre.

En mai, les crises douloureuses diminuent de fréquence.

Du 4 au 9 juin, la température atteint chaque soir 38 degrés. Chaque semaine du mois de juin, on note une ou deux crises douloureuses de courte durée.

Le 7 juillet, fièvre et frissons violents; délire.

Le 15, température 39°5; adynamie, pâleur; délire violent et congestion hypostatique des deux poumons.

Le 17, mort dans le coma.

Autopsie. — Lésions macroscopiques. On trouve la paroi abdominale rattachée à la région de l'hiatus de Winslow, par de longs cordons fibreux amincis, nombreux, verticalement superposés, disposés en une lame oblique en haut, en arrière et en dedans, large de 3 centimètres environ, longue de 4 à 5 centimètres. Ces tractus sont insérés à la face profonde de la paroi abdominale, précisément au niveau des cicatrices externes, reliquat d'une suppuration antérieure.

La vésicule biliaire est revenue sur elle-même, s'est rétractée sur un calcul gros comme une petite noisette; sa paroi est sclérosée; sa cavité contient un liquide louche.

La palpation du duodénum révèle l'existence d'un second calcul. En ouvrant cette portion de l'intestin, on voit que le calcul est enclavé dans l'ampoule de Vater. Il fait saillie dans la cavité duodénale. Au sommet de cette saillie polypiforme, une ouverture circulaire de la dimension d'une petite lentille laisse voir le calcul: c'est l'orifice duodénal de l'ampoule dilatée.

Plus haut, l'orifice du canal pancréatique accessoire est libre.

Les voies biliaires, suivies dans tout leur trajet, ne présentent pas d'autres obstructions calculeuses. *Les canaux cystique, hépatique, cholédoque sont très dilatés; ils admettent le passage de l'index.*

Il est facile, avec le doigt, de cathétériser le cholédoque jusqu'à l'ampoule de Vater et de ramener le calcul par un trajet rétrograde. Ce calcul a le volume d'une noisette; sa forme est polyédrique avec des bords arrondis.

Incisé dans sa longueur, le canal cystique présente à sa surface interne une cicatrice très fragile, trace d'une ulcération ancienne. La muqueuse du cholédoque présente en deux endroits la même altération. En un point même, il ne s'agit pas d'une cicatrice, mais d'une ulcération incomplètement réparée. C'est à ce niveau que s'insèrent à la surface extérieure du conduit les tractus fibreux précédemment décrits.

Le foie est légèrement augmenté de volume et abaissé.

A la coupe dans le lobe droit, sous la convexité, à 1 centimètre environ du revêtement séreux, commence *un abcès aréolaire typique*, affectant la forme d'une pyramide dont la base serait tournée vers la périphérie, le sommet tronqué vers le hile. Un pus phlegmoneux et un peu fétide s'échappe d'une multitude de foyers de dimensions variables, communiquant presque tous entre eux. Les parois de ces cavités sont déchiquetées, villeuses.

Pris dans son ensemble, l'abcès a les dimensions d'un œuf; le parenchyme est parsemé de vastes ilots jaunes ternes et friables.

On ne trouve pas de calcul dans l'épaisseur de l'organe. Les coupes montrent qu'il n'y a pas d'autres lésions d'hépatite suppurée ni de pus dans les gros troncs biliaires.

Le pus recueilli à l'autopsie est examiné sur lamelle; la recherche des microbes est négative; ce même pusensemencé et cultivé donne naissance à de nombreuses colonies de coli-bacilles.

OBSERVATION III

(Bonnet, *Lyon médical*, 1897).

Fistule biliaire cutanée.

La dame V..., âgée de cinquante ans, est douée d'une bonne constitution et d'un tempérament légèrement pléthorique. Elle n'a jamais été malade.

En 1890, elle commença à percevoir à la palpation une grosseur (c'est le mot employé par la femme V...) dans l'abdomen (hypocondre droit). Il existait une sensation de gêne dans la région, mais la douleur observée par les auteurs ne s'est point montrée. Vers le mois de juillet de l'année 1891, une tumeur oblongue de 3 centimètres environ de largeur sur 4 de longueur, d'abord indolente, mais qui est devenue rapidement le siège d'une vive souffrance, s'est formée à droite, au niveau de la dixième côte et à 6 centimètres et demi de la ligne médiane. Lorsque j'ai vu la malade pour la première fois, au commencement du mois d'août, la petite tumeur était rouge et douloureuse ; à la palpation, on sentait une faible fluctuation, il n'existait point d'ictère. La malade n'avait jamais présenté aucun des symptômes de la lithiase biliaire.

Nous revîmes la malade dans notre cabinet, le 2 septembre. La tumeur s'était ouverte spontanément dix jours auparavant. Le lendemain de cette ouverture, il était sorti une concrétion petite et assez dure, concrétion qui, d'après la dame V..., pouvait avoir les dimensions d'un grain de blé. Le même phénomène s'est produit quelques jours plus tard. La veille du jour où elle est venue me consulter derechef, un autre calcul s'est échappé par l'étroite fistule ; il est arrondi d'un seul côté, et, sur la majeure partie de sa surface, il offre des faces planes et anguleuses. Sa couleur extérieure est jaune orangé ; à la coupe, son aspect est blanchâtre, sa consistance est friable, son poids exact est de 72 milligrammes. Le 2 septembre, au matin, un autre calcul plus volumineux est sorti par la plaie ; son expulsion a causé une violente douleur et a amené un léger suintement de sang. Sa forme est identique à celle du cholélithe dont nous venons de faire la description. Son poids est de 321 milligrammes, son volume est égal à celui d'un grain de maïs. Ces deux calculs examinés au microscope, ont été reconnus comme composés de cholestérine. Ils présentent, en outre, les réactions caractéristiques de ce corps. Les bords de la fistule sont douloureux et fongueux. La fistule est étroite et laisse couler un pus sanieux, A la partie externe de la tumeur, le palper nous permet de percevoir une induration bosselée, constituée très probablement par la présence d'une ou plusieurs cholélithes. L'état générale

ral de la femme V... est resté bon. En 1892, je revis M^{me} V..., elle avait dans l'hypocondre droit une induration des dimensions d'un œuf, et n'éprouvait dans cette région qu'une sensation de gêne.

L'année suivante (1893), il se forma à l'abdomen, sur une ligne parallèle à l'épine iliaque antérieure droite, et à 10 centimètres de celle-ci, une plaie fongueuse, des dimensions d'une pièce de 1 franc, par laquelle sortirent cinq calculs hépatiques.

Dès lors, M^{me} V... se porte bien et ne présente aucun signe de maladie, si ce n'est deux cicatrices un peu gaufrées aux deux points de sortie de ses calculs. A l'heure actuelle (avril 1896), sa santé est parfaite.

OBSERVATION IV

(Th. Chaudron).

Calculs biliaires. — Fistule ombilicale.

Femme, cinquante-huit ans, a été prise de vomissements et de douleurs dans la région du foie. Vers l'ombilic apparaît bientôt une tumeur qui s'ouvre, donnant issue à du pus, mais pas de bile. Par cette ouverture sont sortis de nombreux calculs. Actuellement elle est porteur de trois ouvertures fistuleuses à l'ombilic donnant issue à un liquide visqueux.

La fistule se ferme cinq mois après.

OBSERVATION V

(Czerny Nermann, *in th.* Longuet).

Fistule biliaire d'origine tuberculeuse.

Femme, quarante-quatre ans, entrée le 11 juillet.

Antécédents. — Tuberculeuse à un degré; atteinte depuis six mois d'un abcès de la paroi abdominale du côté droit qui, incisé par

un médecin, donna beaucoup de pus. Depuis il se produisit une fistule. La tuméfaction s'est renouvelée à la même place.

Examen à l'entrée. — Il existe une tumeur grosse comme une tête d'enfant, en connexion avec le foie et du côté droit. La fistule sécrète du pus en abondance.

Diagnostic. — Cholécystite tuberculeuse.

Opération. — Une fente verticale de la fistule conduit dans une cavité granuleuse d'où part un trajet fistuleux qui, incisé, conduit dans la grosse tumeur. Curetage des granulations. Tamponnement avec de la gaze au chlorure de zinc. Le deuxième jour, tamponnement à la gaze iodoformée. La malade sort avec sa fistule.

OBSERVATION VI

(Yeo, Fistule biliaire, *the Lancet*, p. 243, 1880.)

Femme, cinquante-six ans. A eu il y a cinq ans des douleurs épigastriques et des vomissements accompagnés d'ictère. Depuis lors, jamais d'ictère ni de coliques hépatiques.

Au mois de février, elle a un accès de coliques hépatiques violentes avec ictère et décoloration des matières fécales. Puis a apparu dans le côté droit une tumeur qui s'est ouverte, laissant écouler du sang, du pus et, quelque temps après, des calculs en grand nombre formés de cholestérine et de bile.

A son entrée elle est porteur d'une fistule dans la région hypogastrique, d'où s'écoule un mucus glaireux mais pas de bile. La vésicule est distendue et déplacée.

On fait un débridement du trajet qui donne passage à trente-six nouveaux calculs.

Les douleurs disparaissent, mais la fistule persiste.

OBSERVATION VII

(Mackenzie, cas de fistule biliaire externe, *the Lancet*, 11 mars 1882.)

Femme, soixante-dix-sept ans. A souffert il y a dix ans de coliques hépatiques qui revinrent il y a trois ans, se succédant à des intervalles de quelques semaines. Vers la fin de septembre 1878 elle eut un accès particulièrement violent qui dura plusieurs jours et s'accompagna d'ictère. La recherche des calculs faite à plusieurs reprises est infructueuse.

Depuis lors, la malade n'a plus eu d'accès véritable, mais elle se plaignait de temps en temps de douleurs vagues dans l'hypocondre droit.

En juin 1881 apparut dans l'hypocondre droit une tumeur douloureuse qui, quelque temps après, devint rouge et s'ouvrit donnant issue à un écoulement jaunâtre plus abondant. L'écoulement persista. Vers la fin de décembre, la malade vit apparaître à l'orifice de la fistule un corps noir et dur qu'elle parvint à déloger à l'aide d'une épingle à cheveux ; c'était un calcul de la grosseur d'un pois environ.

Le jour suivant deux calculs biliaires de la même grosseur furent expulsés spontanément.

Examen. — Dans le côté droit, à mi-chemin environ entre l'ombilic et le rebord costal, se trouve une dépression des téguments au centre de laquelle est un petit orifice fistuleux d'un quart de pouce de diamètre environ. Une bande indurée large d'un pouce peut être sentie profondément à travers la paroi abdominale, se dirigeant de la vésicule vers le bord du cartilage costal. Un liquide peu abondant séro-purulent, coloré par la bile, sort par l'orifice. On a extrait de nombreux calculs de volume variable de la grosseur d'un pois à celle de grains de sable.

Depuis lors les douleurs ont définitivement disparu.

CONCLUSIONS

Les fistules biliaires externes sont une affection rarement spontanée. Elles s'observent principalement chez des femmes âgées.

La plupart, d'origine extra-hépatique, font communiquer avec l'extérieur le cholécyste ou les canaux collecteurs biliaires, le cholédoque en particulier. Elles sont surtout une complication de la lithiase vésiculaire ou de l'obstruction calculeuse du canal cholédoque. Les cholécystites non calculuses, le cancer de la vésicule, celui de la tête du pancréas et de l'ampoule de Vater peuvent aussi leur donner naissance.

Les fistules biliaires d'origine intra-hépatique sont particulièrement rares et résultent de la migration d'un abcès du type aréolaire né dans le parenchyme glandulaire.

L'étiologie pathologique de la suppuration des voies biliaires tient tantôt à une cause locale (calculs, exaltation virulente des microbes de l'intestin), tantôt à une infection propagée par la voie sanguine ou lymphatique (dothiènement, tuberculose). Dans tous les cas, l'ouverture de la fistule à la paroi abdominale est précédée de l'apparition d'un phlegmon biliaire.

L'issue de la bile au dehors, par suite d'obstruction calculieuse du cholédoque, n'est pas nécessairement précédée d'ictère. Un des meilleurs signes du diagnostic, c'est l'empâtement perçu par la palpation au niveau de ce canal et le point de vive douleur qu'y détermine la pression.

Le traitement, toujours chirurgical, sera variable avec la nature de la cause d'obstruction.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu : LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL, Précis d'anat. pathol., t. II, p. 607, 1829.
- BARTH et BESNIER, Dict. encyclopéd. des sciences médicales, art.
Voies biliaires.
- BERNARD, thèse de Lyon, 1897.
- BONNET, Lyon médical, 9 mai 1897.
- CHARCOT (J.-M.), Progrès médical, p. 579, 1876.
- CHAUFFARD, Revue de médecine, février 1897.
- Archives de physiologie, 1883.
- CHAUDRON, thèse de Paris, 1878.
- CRUVEILHER, Traité d'anatomie pathol., t. II, p. 567.
- CHARCOT et BOUCHARD, Traité de médecine, p. 714.
- COUTURIER, thèse de Paris, 1896.
- DEBERGUE, thèse de Montpellier, 1889.
- DENUCE, thèse d'agrégation, 1886.
- FAUCONNEAU-DUFRESNE, Traité de l'affection calculuse du foie et
du pancréas, Paris, 1851.
- FOURNIER, thèse de Paris, 1896.
- FRERICHS, Maladies du foie, 1873.
- JABOULAY, Lyon médical, novembre 1898.
- JOURDAN, thèse de Paris, 1895.
- LABOULBÈNE, Mémoires et bull. de la Soc. médicale des hôpitaux
de Paris, t. XII, p. 240.
- LEGUELINEL DE LIGNEROLLES, thèse de Paris, 1869.
- LEPETIT, thèse de Paris, 1893-94.
- LONGUET, thèse de Paris, 1896.
- MICHAUX, Bull. de la Société de Chirurgie, p. 243, 1893.
- MOSSE, thèse d'agrégation, 1880.

MURCHISON, Leçons cliniques sur les maladies du foie, 1878.

QUENU, Bull. de la Soc. de Chirurgie, p. 322, 1894.

SENIER, Deutsch. Zeit. f. Chirurgie, t. XL, pp. 3 et 4.

TERRIER, Revue de Chirurgie, décembre 1897.

TROUSSEAU, Cliniques médicales, t. III, p. 225.

VAUTRIN, Revue de Chirurgie, p. 446, 1896.

VIPLE, thèse de Paris, 1876.

Allg. WIENER, med. Zeit., 9 janvier 1894.

Bulletin de la Société de Biologie, 21 février 1891.

— — — — —, 5 mars 1892.

— — — — —, 2 décembre 1893.

— — — — —, 28 décembre 1893.

Bull. de thérapeutique, 15 juin 1892.

Sixième Congrès français de Chirurgie.

Congrès de Chirurgie de 1896, p. 485.

— — — — — de 1897.

Gazette des hôpitaux, 28 avril 1892.

Lyon médical, 16 avril 1893.

Revue de Chirurgie, p. 352, 1897.
